

Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde

Matrix Support and Primary Health Care

Gustavo Tenório Cunha

Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

Endereço: Rua Nair P. Silva, 146, Terra Nova, CEP 13082-690, Campinas, SP, Brasil.

E-mail: gustavotc@yahoo.com

Gastão Wagner de Sousa Campos

Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

Endereço: Rua Américo de Campos, 93, Cidade Universitária, CEP 13083-040, Campinas, SP, Brasil.

E-mail: gastao@fcm.unicamp.br

Resumo

Este artigo apresenta a proposta de apoio matricial e equipe de referência como recurso para a organização do trabalho em saúde na Atenção Primária, objetivando limitar a fragmentação da atenção, consolidar a responsabilização clínica, valorizar o cuidado interdisciplinar e contribuir para a regulação das redes assistenciais. Esses arranjos objetivam construir, no âmbito gerencial, uma cultura organizacional democrática, e no plano epistemológico um manejo do conhecimento que valorize a singularidade dos casos e possibilite um equilíbrio dinâmico entre os saberes dos vários profissionais de uma equipe ou de uma rede assistencial. Discutem-se a experiência dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a experiência pioneira de Campinas-SP, Brasil, em Apoio Matricial.

Palavras-chave: Equipe de Referência; Apoio Matricial; Clínica Ampliada; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

This paper presents the proposal for Matrix Support and Reference Teams as a resource to organize primary health care, with the purpose of reducing health care fragmentation, consolidating clinical responsibility, valuing interdisciplinary care, and contributing to regulate health care networks. These arrangements aim to build, in the managerial scope, a democratic organizational culture, and in the epistemological perspective, knowledge handling that is committed to cases singularity and that enables a dynamic balance between the knowledge of the different professionals of a team or of a health care network. The experience of the Family Health Support Teams and the pioneer experience of the city of Campinas, state of São Paulo, in Matrix Support are discussed.

Keywords: Reference Teams; Matrix Support; Amplified Clinic; Primary Health Care.

Introdução: considerações sobre a fragmentação da atenção no SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta um grau de coordenação e, portanto, de integração no funcionamento da sua rede assistencial, aquém do que seria necessário para que se pudesse chamá-lo de “sistema de saúde”. A proposta de um sistema de saúde formulado para considerar a prevalência de problemas de saúde e do território, na disposição e no funcionamento dos serviços de saúde, tal qual sugerida no “informe” Dawson (1964), ainda é um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de o texto constitucional e a legislação complementar conterem diretrizes explícitas nessa direção, como hierarquização, regionalização e integralidade. Provavelmente, um conjunto de características da legislação brasileira, particularmente a descentralização/municipalização e o funcionamento parcial do chamado “pacto federativo” (Vasconcelos, 2005; Campos, 2007), contribui fortemente para essas dificuldades. Dentre essas características podem-se destacar a excessiva autonomia dos municípios e a ausência relativa dos estados da Federação na gestão da rede de serviços e programas, dificultando a regionalização e a continuidade de projetos e diretrizes, que acabam excessivamente vulneráveis a sazonalidades e conveniências eleitorais. Outro determinante da dificuldade de o SUS funcionar como uma rede é a pluralidade de formas jurídicas dos serviços de saúde, principalmente dos hospitais que prestam serviço para o SUS (privados, filantrópicos, empresas públicas, autarquias, organizações sociais e fundações estatais). Essa variedade tem imposto graus de compromisso e de integração entre a rede assistencial extremamente heterogêneos – chegando-se à explícita impermeabilidade do serviço especializado às demandas da rede assistencial. Para além desses grandes entraves, que poderiam ser chamados de estruturais, existem também problemas de ordem organizacional ou gerencial, que, embora intimamente relacionados aos primeiros, caracterizam-se por estarem na dependência – em grande medida – de atores locais, como gestores e trabalhadores.

Entre os problemas de ordem gerencial destacam-se: (1) a *fragmentação da atenção e a responsa-*

bilização clínica insuficiente e inadequada. Existe uma racionalidade gerencial hegemônica (Campos, 2000), ou seja, um modo de organizar o trabalho e os processos de decisão nas organizações, que contribui para que os profissionais de saúde reduzam seu objeto de trabalho (e, portanto, sua responsabilidade clínica) a procedimentos, doenças ou partes do corpo (em vez de se responsabilizarem por pessoas de forma global). Da mesma forma, essa racionalidade induz os serviços de saúde a se responsabilizarem pelos usuários somente enquanto eles se localizam dentro do seu espaço físico, nem antes de entrarem nem depois de saírem. O que também não contribui para a responsabilização sanitária territorial das populações. Isso significa dizer que, na maior parte dos contratos feitos entre gestores e trabalhadores, assim como entre gestores e serviços de saúde, predomina a dimensão quantitativa (número de consultas e procedimentos, por período de trabalho). São raros os contratos com base em encargos sobre uma população que habite certo território e que valorizem atividades em conjunto entre serviços da rede, para pacientes compartilhados (por exemplo, a relação de um serviço de oncologia com outros serviços da rede a respeito de prevenção e detecção precoce), ou seja, existe uma tendência a fragmentar a clínica tanto internamente a cada serviço quanto externamente. Em muitos países com sistema público, duas das funções da atenção primária, primordiais para o funcionamento do sistema, são a coordenação clínica dos pacientes compartilhados em várias instâncias da rede assistencial (Starfield, 2002) e a capacidade de “filtrar” (selecionar) os usuários que necessitam de acesso a serviços e a profissionais de saúde especializados (exercer a função de porta) (Gérvás y Pérez Fernández, 2005). Isso significa que, por definição, a Atenção Primária, uma parte da rede assistencial, assumirá responsabilidade global e intransferível pelo usuário (intransferível, porém compartilhável), reduzindo a fragmentação da atenção. No Brasil, essas duas funções clínicas da Atenção Primária, a coordenação de caso e o papel de filtro, ainda são pouco praticadas, o que dificulta mais ainda a construção de integralidade na rede assistencial. Outro problema é a (2) valorização social/organizacional diferenciada de saberes profissionais e de serviços complementares entre si. A força simbólica e finan-

ceira dos serviços hospitalares e especializados, assim como de alguns profissionais das equipes, dificulta o reconhecimento da importância da complementaridade da rede assistencial, assim como do trabalho em equipe interdisciplinar com toda a sua pluralidade. Balint (1988) em seu livro *O médico, o paciente e sua doença*, escrito a partir de sua experiência de discussão de casos clínicos com médicos generalistas em grupos, apontava a existência, até mesmo, de uma sensação de inferioridade por parte dos profissionais da atenção primária, em relação aos profissionais de outros serviços. Essa sensação era reforçada pela crença da própria população de que a inferioridade era real. Isso se refletia nas relações dos profissionais quando compartilhavam pacientes.

Havia, segundo Balint (1988), a presença incômoda de um padrão de relação do tipo “professor-aluno”, entre especialistas e generalistas. Leia-se “professor-aluno” em uma concepção de escola tradicional, que tende a perpetuar uma relação de poder através da disposição de lugares instituídos de saber e não saber, ou seja, a relação entre serviços é potencialmente uma relação de encontros de saberes diferentes, e não uma relação em que um sabe mais do que o outro. Porém, concretamente, se verifica no SUS pouca permeabilidade de serviços especializados ao contato direto dos profissionais da Atenção Básica, assim como pouca disposição desses serviços em buscar contatos externos visando à qualificação de projetos de alta hospitalar, ou de projetos terapêuticos para usuários em situações complexas, que demandam o trabalho sinérgico de muitos profissionais e serviços de saúde. Da mesma forma, dentro das próprias equipes de saúde existe uma tendência de pouco diálogo interdisciplinar, já que são estruturadas em relações de poder excessivamente assimétricas. Aponta-se, então, a necessidade de construir-se mecanismos para valorizar com mais equilíbrio os diversos profissionais de saúde, de diferentes serviços da rede assistencial. Por último, é preciso comentar que os (3) mecanismos de contrato e regulação da rede assistencial, quando existentes, não valorizam o território e a corresponsabilidade dos serviços, ou seja, é bastante sedutora a ideia de otimizar a utilização dos serviços através de centrais de regulação que distribuem os

usuários, sem critérios territoriais e à revelia dos profissionais e equipes de referência. Algumas cidades chegam a agendar em centrais de telefone até mesmo consultas da Atenção Primária. De qualquer modo, é um tipo de racionalidade burocrática que, a depender da forma e do objeto, pode exacerbar a fragmentação da atenção, na medida em que desvaloriza a relação de vínculo equipe/usuário e a territorial. Em grandes cidades pode parecer tentador encaminhar um usuário para uma consulta do outro lado da cidade, no entanto, isso dificulta sobremaneira não só o acesso do usuário, mas também a possibilidade de uma integração entre os serviços de saúde. Evidentemente existem situações em que esse tipo de mecanismo de regulação centralizada é necessário e até mesmo imprescindível. No entanto, a lógica burocrática dessa forma de regulação pressupõe terminalidade e precisão das ações de saúde, que não condiz com a realidade epidemiológica atual, caracterizada fortemente por problemas crônicos e complexos.

Os problemas citados estão relacionados, mais fortemente, ao modelo de atenção e ao modelo de gestão, embora compartilhem determinantes comuns e estejam em relação estreita com os problemas estruturais. A proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial dialoga diretamente com o enfrentamento desses impasses, na medida em que propõe novas formas de contratos entre os serviços de saúde, desses com os profissionais e desses com os usuários.

A Proposta da Equipe de Referência e Apoio Matricial: desafios organizacionais e epistemológicos

Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência foram desenvolvidos por Campos (1998, 2000, 2003), dentro da linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde denominada de “Política, modelo de atenção e de gestão: investigação teórica e metodológica”, apoiada pelo CNPq. Essa metodologia de gestão do cuidado foi, inicialmente, adotada em serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do Sistema Único de Saúde de Campinas-SP, Belo Horizonte-MG e também na cidade de Rosário/Argentina. A partir

de 2003, alguns programas do Ministério da Saúde – Humaniza-SUS, Saúde Mental e Atenção Básica/ Saúde da Família – também os incorporaram.

O que é e como funcionam o Apoio Matricial e a Equipe de Referência? O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo. Assim: um especialista com determinado núcleo, apoia especialistas com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O Apoio Matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da personalização da relação entre equipes de saúde, da ampliação dos cenários em que se realiza a atenção especializada e da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem Apoio Matricial. A ampliação de cenários significa um cardápio de atividades, que podem ir desde um atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, a participação em discussões de projetos terapêuticos, discussões de temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos até a simples disponibilidade para contato telefônico para discutir urgências ou seguimentos. As diretrizes de risco devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais. Por exemplo, alguns hospitais adotaram como estratégia para transformar as tradicionais interconsultas em Apoio Matricial a obrigatoriedade de os pedidos de apoio e asolutivas serem realizadas também pessoalmente, ou seja, se a equipe que cuida de um usuário é uma equipe de referência, ela tem o papel de coordenar a atenção do usuário, o que significa participar de todas as decisões ou propostas terapêuticas.

A Equipe e os Profissionais de Referência são aqueles que têm a responsabilidade pela coordena-

ção e condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. O termo “responsabilidade pela coordenação e condução” refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na atenção básica. Ainda que vários profissionais intervenham sobre um caso, é importante a definição clara de quem entre eles será o profissional de referência, coordenador do caso. Esta tarefa – se não significa que o profissional que coordena vá tomar o lugar de outra profissão ou especialidade –, significa o desenvolvimento de uma capacidade de diálogo para compreensão sobre os objetivos de cada recorte disciplinar e proposta terapêutica, buscando analisar as intersecções entre diagnósticos e tratamentos, definir prioridades, evitar iatrogenias e, a partir de um vínculo terapêutico com o usuário, viabilizar sua participação (e/ou de sua família) nos processos de decisão clínicos. A coordenação efetua um movimento de síntese (análise e intuição, no sentido que Henri Bergson (1859-1941) deu a essa palavra), a partir de uma responsabilidade global com o usuário. Em vez de conjurar incertezas a partir da exclusão metodológica de variáveis (procedimento efetuado pelas disciplinas de conhecimento) a atividade de coordenação busca a melhor maneira de lidar com as incertezas.

Segundo essa concepção, a Equipe de Referência é a menor unidade de poder em uma organização. Tem sempre uma composição interdisciplinar. É uma forma de articular a lógica interdisciplinar com o poder organizacional. Apoio Matricial e Equipe de Referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

O Desafio Organizacional e Político

A proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial, para efetivar a equipe de referência como unidade de poder, se apoia no conceito de Unidades de Produção. Trata-se de um conceito organizacional que utiliza a referência da interdisciplinaridade (Furtado, 2007)

para ordenar a divisão de uma organização em departamentos. Durante investigação sobre modelos de gestão em saúde, Campos (2000) verificou que a maioria dos serviços de saúde, fossem eles hospitais, ambulatorios ou centros de saúde, dividia-se em departamentos ou seções segundo a lógica das profissões ou especialidades médicas. Isso dificulta bastante a gestão do trabalho, já que um conjunto de profissionais que trabalha em um mesmo local – enfermaria, ambulatório, terapia intensiva, urgência, etc. – e se encarrega de atender as mesmas pessoas tem vários chefes. Essa modalidade de organização fragmenta o trabalho em saúde, dilui a responsabilidade sanitária e dificulta o vínculo. A distribuição das chefias por corporações profissionais produz também uma pressão de responsabilidade maior para com uma atividade corporativa do que para com o resultado final da equipe, para o usuário, além de reforçar outras grupalidades, que desvalorizam ou rivalizam com a grupalidade da equipe: o time dos médicos, dos enfermeiros, dos nutricionistas etc.

Para superar essa limitação é que se propõe a reorganização dos serviços de saúde segundo a lógica das Unidades de Produção. Departamentos que aglutinariam todos os profissionais que trabalham em um mesmo território e com o mesmo tipo de usuário e de problema de saúde. Quando essa diretriz é adotada, as Unidades de Produção podem contar com um ou dois diretores, de distintas profissões. Os antigos chefes de linhas verticais de profissionais podem ser deslocados para a função de supervisão técnica matricial, isto é, teriam uma inserção horizontal em todas as Unidades de Produção em que ocorrer trabalho relativo ao seu núcleo original. Realizariam, em vez uma atividade exclusivamente restrita ao controle e fiscalização, uma atividade de apoio institucional, a *função apoio* (Campos, 2003). Vários hospitais, centros de referência e rede de atenção básica vêm sofrendo reformas administrativas segundo essa racionalidade. Aposta-se em um contexto organizacional mais participativo e democrático, reconhecendo a tripla finalidade das organizações e do trabalho.

A tripla finalidade das organizações e do trabalho: a finalidade ou objetivo primário de todo trabalho é a produção de valores de uso para outros que não o trabalhador. Assim, o objetivo primário dos

serviços de saúde é a própria produção de saúde. No entanto, sempre se trabalha também em benefício próprio, para garantir a reprodução ampliada do sujeito trabalhador. Trabalha-se para a sobrevivência, mas também para se garantir sentido e significado à própria vida. Cumpre-se melhor essa finalidade quando os trabalhadores conseguem, além do salário, constituir algum tipo de obra. Em geral, reserva-se o conceito de obra, como resultado do trabalho, a projetos filantrópicos ou artísticos. Entretanto, quando trabalhadores de saúde se identificam com o projeto de atenção, isto é, tomam parte ativa em sua elaboração, o envolvimento deles com a saúde dos usuários tende a se ampliar, muitas vezes, até o reconhecimento de que se produziu alguma obra. Há ainda uma terceira finalidade para o trabalho referente à própria reprodução ampliada da organização em que se está inserido. Trabalha-se também em prol do capital, no setor privado; e do sistema público, no SUS. É importante ressaltar que essas três finalidades podem ser administradas de modo que gerem convergência de interesse entre trabalhadores, usuários e gestores; mas também têm fortes elementos de conflito de interesse conforme algum desses objetivos se sobreponha ao outro. Essa compreensão nos convida a pensar a política e a gestão também como uma ciência e uma arte da formação de compromisso e de contrato entre sujeitos com interesse, desejos e valores diferentes. As relações entre grupos, corporações, gestores e usuários dentro da organização tem sempre uma dimensão irredutivelmente política, o que significa dizer que o tema da democracia organizacional e da cogestão são fundamentais para a proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial.

A *cogestão* é o exercício compartilhado do governo de um programa, serviço, sistema ou política social. Esse compartilhamento é necessário porque a gestão sempre ocorre entre sujeitos com distintos interesses e diferentes inserções sociais. O exercício compartilhado de governo implica coparticipação em todas as etapas do processo de gestão: definição de objetivos e de diretrizes, diagnóstico, interpretação de informações, tomada de decisão e avaliação de resultados.

O Espaço Coletivo é um lugar organizacional, em um tempo específico, em que ocorrem encontros entre sujeitos com distintos interesses e papéis institucionais, construindo-se oportunidade para a análise e a tomada de decisão coletiva sobre temas relevantes. O Método Paideia ou da Roda (Campos, 2000) propõe-se a construir ativamente espaços com essas finalidades, integrando-os em sistema de gestão participativa segundo vários planos. Há espaços coletivos estruturados e inscritos nos organogramas das organizações, denominados por nós de “arranjos”. É o caso dos Conselhos de Saúde previstos no SUS, espaço de cogestão com participação de usuários, trabalhadores de saúde e de gestores. É o caso também de Colegiados de Gestão, composto de gestores e trabalhadores; e das Equipes de Referência, em que haverá participação somente entre os trabalhadores. Todos esses espaços coletivos, para funcionarem em cogestão, devem ter caráter deliberativo, isto é, pressupõem-se tenham o arbítrio de tomar deliberações dirigidas aos atores envolvidos em cada um desses espaços. Podem ainda ser construídos espaços coletivos de caráter eventual, dependentes do contexto e da necessidade – dispositivos eventuais como oficinas, assembleias, seminários, etc. Encontros cotidianos entre distintos sujeitos podem ser tomados como espaços coletivos de cogestão desde que ocorram análise sobre um tema e tomada de decisões.

A democracia institucional depende da instituição de sistemas de cogestão, da construção de espaços coletivos em que a análise de informações e a tomada de decisão ocorram de fato. Objetiva incluir a sociedade civil na gestão do Estado e das Instituições. Objetiva compartilhar o poder com as Equipes de trabalho na gestão de organizações produtoras de bens ou serviços. Essa reforma do modelo de gestão é sugerida tanto em função de valores democráticos quanto por reconhecer que diante de cada núcleo de poder político ou gerencial há contrapoderes de usuários e de trabalhadores, com os quais há que se relacionar em esquemas de luta e negociação, objetivando a construção de compromissos e de contratos.

O Desafio Epistemológico

Martins (1999) aponta que uma curiosa confluência de Aristóteles com Platão, na construção de método científico cartesiano, é uma das causas da facilidade com que se utiliza a “experiência” no mundo apenas para descobrir verdades universais, que, uma vez “descobertas”, seriam capazes de uma universalidade explicativa e operativa, independente do mundo real no e do qual ela foi produzida. O que significa dizer, no campo da saúde, uma forte tendência de desvalorizar as relações clínica singulares como produtoras de conhecimento, também singular, ou seja, um conhecimento com validade contextual. Para Martins (1999, p. 89) “a crise da ciência anuncia a falência justamente desta visão segundo a qual a identidade imposta pela razão, pela ideia, ao indivíduo, é mais definidora de si do que sua própria realidade somatopsíquica”.

Esse pano de fundo epistemológico contribui para compreendermos os serviços de saúde e a influência da administração científica de Frederick Taylor (1856-1915). Quando se pensa no modo como os conhecimentos (e por extensão a “verdade”) são manejados pelos profissionais nos serviços de saúde, podemos apontar algumas características preocupantes. É frequente, talvez até mais acentuadamente nos espaços de ensino, o cultivo de certa animosidade entre serviços de saúde, profissões e especialidades dentro das profissões. A despeito da óbvia relação de complementaridade que diferentes serviços, especialidades, disciplinas e corporações profissionais guardam entre si, existe um imaginário de mútua exclusão e competitividade. O profissional tende a desenvolver um desejo de lidar preferencialmente com problemas para os quais o seu núcleo de conhecimento seja, senão suficiente na intervenção terapêutica, pelo menos protagonista. Estabelece-se um tipo de relação com o saber que busca constantemente a definição e afirmação de fronteiras rígidas. Como consequência, as opiniões ou críticas a respeito dos problemas e condutas considerados pertencentes ao núcleo de saber são percebidas como indevidas e/ou invasivas. E, da mesma forma, também há um desinteresse por problemas e condutas considerados do núcleo de outro profissional. Mesmo quando existe uma forte desconfiança de

equívoco, inadequação ou insuficiência de diagnóstico ou conduta de outro serviço ou profissional, o questionamento é raro, frequentemente impensável. Principalmente da Atenção Primária para outros serviços de saúde. É, portanto, uma cultura organizacional com baixa capacidade para lidar com a incerteza, com a interdisciplinaridade inerente aos problemas complexos da área de saúde e que produz uma baixa vocação para o aprendizado fora do núcleo disciplinar. A exclusão da incerteza se dá de forma muitas vezes artificial, pela simples focalização e negação de variáveis. A percepção desse desejo de exclusão absoluta da incerteza, assim como dos interesses e disputas entre as profissões de saúde, a percepção dos investimentos e as identificações grupais, sentimentos gregários entre outras forças comuns, podem ajudar na transformação do modelo de gestão e de atenção. Apostar na transformação organizacional não significa desconhecer esses fatos nem negar a disputa e os conflitos presentes. Ao contrário, significa reconhecê-los e dar a eles visibilidade e espaço necessários para que possam ser trabalhados na roda.

A mudança dessa relação acrítica com as “verdades” de cada recorte disciplinar é delicada, principalmente porque essa identificação se é prejudicial em “excesso” também é necessária para o investimento do profissional no seu trabalho. O objetivo é conseguir um equilíbrio ampliando o objeto de trabalho e o objetivo do trabalho, da doença para os sujeitos sob cuidado, aumentando a capacidade dos profissionais de lidar com as pessoas reais, com o sofrimento, a morte e os limites dos conhecimentos e intervenções. Assim, os diagnósticos e os procedimentos terapêuticos podem ser valorizados como *instrumentos de trabalho* e não como objetos de trabalho ou dogmas intocáveis.

Diante do exposto e de forma complementar à proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial, utilizamos como ferramenta conceitual para essa transformação epistêmica, nos serviços de saúde, o conceito de “núcleo” e “campo de conhecimento”. O Núcleo é constituído por aquele conjunto de conhecimentos e de atribuições (tarefas) específicos e característicos de cada profissão ou especialidade. Ajuda a construir sua identidade e especificidade. Já o Campo tem uma conceituação situacional e

indica aquele conjunto eventual de conhecimentos e tarefas que uma profissão ou especialidade deverá se apropriar para lograr eficácia e eficiência. O Núcleo é composto de um conjunto estruturado de conhecimento e papéis, e constituem as disciplinas. O Campo representará uma abertura dessa identidade cristalizada ao mundo da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade. Esses conceitos foram elaborados em uma tentativa para lidar com o dilema entre burocratização corporativa e diluição interdisciplinar das profissões e especialidades (Campos, 2006), permitindo um manejo adequado e menos idealizado do conhecimento na equipe e na rede assistencial. Dessa forma, uma equipe de Atenção Primária que tenha uma população adscrita predominantemente idosa, deverá incorporar conhecimentos do núcleo da geriatria. Um psicólogo, que trabalha em uma equipe de oncologia, aprenderá sobre quimioterápicos e diagnósticos do núcleo de oncologistas.

Experiências com Equipe de Referência e Apoio Matricial

As primeiras experiências de Apoio Matricial, conforme a concepção descrita, ocorreram no SUS de Campinas-SP, a partir de 1989. Nessa localidade, havia dois serviços de saúde mental. Verificou-se, entretanto, que eles tendiam a funcionar com a mesma lógica dos ambulatorios especializados, isto é, sem compromisso com território, sem relação orgânica e regular com as equipes dos centros de saúde, funcionando com a velha lógica da fila de encaminhados por meio da referência e da contrarreferência. Resolveu-se então realizar uma expansão e uma descentralização dos dois serviços de saúde mental, que passaram a funcionar como oito equipes multiprofissionais com psicólogos, psiquiatra, terapeuta ocupacional, entre outros. Cada uma dessas equipes fez contrato para realizar apoio matricial a oito equipes da atenção básica. Essa experiência foi avaliada em algumas pesquisas de campo (Figueiredo, 2009; Campos e Domiti, 2007). Em seguida, estendeu-se para outras áreas, como reabilitação física, traumatologia, dermatologia e outras localidades.

O NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

O NASF é uma proposta recente do Ministério da Saúde (Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008) (Brasil, 2008) que utiliza o conceito de Equipe de Referência e Apoio Matricial. Trata-se de uma equipe interdisciplinar que tem como função principal apoiar a equipe de saúde da família, para que esta aumente sua resolutividade. Embora os profissionais do NASF possam fazer atendimento individual, a atividade não é entendida como prioritária.

As principais atividades potencialmente realizadas por uma equipe do NASF na realização do apoio matricial são (Brasil, 2009):

- (a) Atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos.
- (b) Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação *a priori* com os profissionais da equipe de Saúde da Família responsáveis pelo caso.
- (c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de Saúde da Família. Como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc.

O NASF é uma experiência de utilização do conceito de Equipe de Referência e Apoio Matricial. Evidentemente alguns problemas estruturais, como a escassez de serviços especializados, induzem sua utilização equivocada de forma substitutiva (por exemplo, o apoio de um fisioterapeuta a uma equipe de saúde da família não substitui um centro de reabilitação), empobrecendo o atendimento e dificultando a compreensão da sua função. Além disso, na medida em que outros serviços especializados ainda não praticam o Apoio Matricial, o trabalho das equipes do NASF é maior, tanto pelo aprendizado mútuo quanto pelo isolamento que a atenção primária experimenta na relação com a rede assistencial.

Considerações Finais

A proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial para os serviços de saúde e para a rede assistencial visa enfrentar a tendência à fragmentação da atenção e desresponsabilização assistencial. Depende de transformações organizacionais importantes, dado o seu compromisso com a mudança nas relações de poder na organização, em busca da democracia organizacional e a valorização dos trabalhadores, de forma equilibrada com a eficácia clínica.

Por um lado, é preciso admitir que os problemas que denominamos estruturais dificultam a disseminação da proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial, na medida em que não basta uma equipe de atenção primária desejar se relacionar na forma de apoio matricial com outros serviços. É necessário que a receptividade seja incentivada pelos gestores, através de contratos que contemplem essa atividade. Também não é suficiente que um hospital deseje se relacionar com o restante da rede. É necessário que internamente, haja uma definição de equipes de referência, ou pelo menos que haja contratos com os profissionais em que estejam previstas atividades de Apoio Matricial. Por outro lado, é inegável que muitos serviços estão abertos a esse tipo de convite, tendo sido construídas relações de Apoio Matricial em vários âmbitos do SUS, muitas vezes apesar do pouco investimento de gestores. Movimentos políticos entre equipes, dentro de um serviço e entre serviços de saúde, têm possibilitado a construção de relações de Apoio Matricial na rede assistencial.

De qualquer modo, observamos uma tendência, em várias áreas do SUS, de incorporar esses conceitos de Equipe de Referência e Apoio Matricial.

É preciso salientar, no entanto, que existe uma cultura dominante que toma o saber profissional nuclear como propriedade privada, estabelecendo uma relação de mútua exclusão de responsabilidade entre os profissionais (problemas de saúde e recortes disciplinares ou são de um profissional ou de outro). Nesse contexto, o enrijecimento de fronteiras de conhecimento tem uma relação com reserva de mercado profissional. A Lei do Ato Médico e outros movimentos de afirmação de núcleo profissional em outras corporações refletem essa cultura. O modelo de gestão mais adaptado a ela é o burocrático-taylor-

ista, com forte investimento na concentração dos processos de decisão, na padronização e na fragmentação das atividades e da responsabilidade profissional. Valoriza excessivamente o conhecimento universal em relação ao conhecimento singular. Por um lado, este contexto dificulta a implantação e a compreensão da proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial, por outro lado é justamente pelo esgotamento desse tipo de arranjo gerencial que se necessita de reformas como a sugerida.

Referências

- BALINT, M. *O médico o paciente e sua doença*. Rio de Janeiro: Editora Livraria Atheneu, 1988.
- BRASIL. Portaria GM n. 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União*, Brasília, 04 de Março de 2008, Seção 43, p. 38.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
- CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar./abr. 2007.
- CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 53-92.
- CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, jul./dez. 2000.

CAMPOS, G. W. S. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.

DAWSON, B. *El futuro de los servicios médicos y afines*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de Saúde, 1964. [Publicação n. 93].

FIGUEIREDO, M. D. *Saúde mental na atenção básica*: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS - Campinas (SP). 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, maio/ago. 2007.

GÉRVAS, J.; PÉREZ FERNÁNDEZ, M. El fundamento científico dela función de filtro del médico general. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 205-218, jun. 2005.

MARTINS, A. Novos paradigmas em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 83-112, jan./jun. 1999.

STARFIELD, B. Coordenação da atenção: juntando tudo. In: STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Tradução [de] Fidelity Translations. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. p. 365-415.

VASCONCELOS, C. M. *Paradoxos da mudança no SUS*. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

Recebido em: 29/06/2011

Aprovado em: 16/07/2011